Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 11 stycznia 1879. **№ 2.** Rok XVIII.

I. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurg. we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

a) **Uwagi dotyczące cięcia krtani tarczykowego** *(Thyreotomia, Laryngofissio, Laryngotomia)* **i opis odnośnych czterech przypadków.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

W przypadkach swoich odstępowałem znacznie od wzoru dopiero opisanego, a mianowicie: w żadnym przypadku nie używałem narkozy. Narkoza ma przedewszystkiém oszczędzić choremu bolu, a po drugie ułatwić dokonanie rękoczynu w saméj krtani przez znieczulenie drażliwéj jéj błony śluzowéj. Atoli chcąc użyć narkozy należy poprzednio uskutecznić niską tracheotomiję, a to w tym celu, aby poniżéj pola operacyjnego włożyć rurkę tamponową i tym sposobem ochronić oskrzela od krwi z góry podczas rękoczynu spływającéj, któréj chory z powodu znieczulenia nie wykrztusza. Dla wykonania jednak tego wstępnego rękoczynu, to jest tracheotomii, zawaha się niejeden operator z powodu znacznéj zadyszki *(dyspnoea)* użyć narkozy. Ja należę do tych, którzy się obawiają narkotyzować w obec znacznych przeszkód mechanicznych w drogach oddechowych, pomimo, że sposobu tego używają znakomitości lekarskie. Zaduszenie bowiem, którego jeden przykład opisuje Burow *(Langenbecks Archiv f. Chirurgie* tom 18, str. 235.) może się częściéj wydarzyć, a nawet bezpośrednióm jego następstwem może być śmierć chorego na stole operacyjnym! Burow wspomina przy téj sposobności, że obecnie wcale nie używa narkozy przy zwężeniach krtaniowych. Jeżelibym przeto nie miał narkotyzować przy wstępnéj tracheotomii, naówczas popełniłbym pod pewnym względem znaczną nielogiczność chcąc narkotyzować do tyreotomii, a to z téj przyczyny: Tyreotomija jest niewątpliwie mniéj bolesnym rękoczynem aniżeli tracheotomija w swéj pierwszéj części, to jest aż do chwili operowania wśród saméj krtani, ponieważ skutkiem powierzchownego położenia środkowéj linii chrząstek tarczykowych i skutkiem braku wśród pola operacyjnego ważniejszych naczyń krwionośnych odpada owa prawie nieoddzielna część tracheotomii operowania na tępo, rozdzielania tkanek szczypczykami od tchawicy, przyczém chorzy zwykle bardziéj jęczą, aniżeli podczas operowania ostrém narzędziem. Druga zaś część tyreotomii, to jest rękoczyn wśród saméj krtani, jest wprawdzie, jak sobie to wyobrażam, aktem znacznie trudniejszym, jeżeli się go uskutecznia bez narkozy aniżeli przy użyciu narkozy; albowiem wielką przeszkodą jest krztuszenie się chorego tak pod wpływem powietrza bezpośrednio działającego na błonę śluzową, jakoteż pod wpływem choćby najsłabszego krwawienia, wreszcie w skutek dotykania błony śluzowéj narzędziami chirurgicznemi. Atoli w przypadkach swoich zauważyłem, że to krztuszenie się jest najuporczywszém zaraz w początku po otwarciu krtani, wnet zaś chorzy się uspokajają i znoszą dobrze byle nie zbyt niedelikatne manipulacyje. Podmiotowe zaś dolegliwości chorego w owém stadyjum nie muszą być o wiele znaczniejsze, aniżeli podczas operacyj wziernikowych, tak, że ten ostatni powód do narkozy przy tyreotomii tak samo odpada, jak przy operacyjach wziernikowych.

Następnie unikam narkozy także i dlatego, że chętnie unikam także i wstępnéj tracheotomii, która idzie w parze z narkozą przy tyreotomii. Dlaczego zaś unikam tracheotomii, mimo że ją polecają poważni autorowie, o tém wspomnę późniéj, kiedy będę rozbierał zarzuty czynione tyreotomii ze strony laryngoskopistów. Tymczasem zaś tylko wspomnę, że uduszenia się chorego nie obawiam się, ani podczas rękoczynu ani też późniéj. Rozszerzając bowiem podczas rękoczynu jamę krtaniową za pomocą haczyków, a równocześnie uciskając powyżéj delikatnemi gąbeczkami krwawiące miejsca w krtani, zabezpieczam choremu czynność oddychania; atoli we wszystkich przypadkach używałem mimo to w pewnych odstępach podczas rękoczynu rurek tchawiczych, które wprowadzałem poniżéj strun głosowych. Po dokonanym zaś rękoczynie nie zdarza się, ażeby wystąpiło znaczne zapalne zwężenie szczeliny głosowéj. W pierwszym przypadku

wykonałem tracheotomię przed tyreotomiją nie wiedząc, że uskutecznię później tyreotomię, a była to tracheotomija z konieczności wykonana z powodu znacznego zaduszenia, a nadto wysoka (*tracheotomia suprathyreoidea*), z której nie mogłem nawet korzystać celem zastosowania narkozy, albowiem rurka tchawicza zasłaniała mi dolną część pola operacyjnego, tak, że przed tyreotomiją musiałem ją zupełnie usunąć. W trzecim przypadku wprowadziłem wprawdzie po kilku dniach po dokonanéj tyreotomii rurkę tchawiczą z powodu miernego obrzęku krtani, atoli nie uczyniłem tego z konieczności, gdyż następowe zwężenie szczeliny głosowéj nie było tak znaczne, ażeby koniecznie potrzeba było użyć rurki tchawiczéj; uczyniłem to jednak dla spokoju choréj, a wprowadziłem tę rurkę przez cięcie w więzadle pierścieniotarczykowém uskutecznione podczas tyreotomii. Wolę zaś przy tyreotomii unikać tracheotomii aniżeli narkozy; dlatego jeżelibym musiał ewentualnie zastosować narkozę, uskuteczniłbym to bez poprzedniéj tracheotomii, a o właściwéj tego przyczynie wspomnę późniéj. Brzegi chrząstek tarczykowych polecam rozciągać nie ostremi haczykami, lecz małemi a tępemi i szerokiemi, które poleciłem sobie sporządzić wyłącznie do tracheotomii na wzór Langenbeckowskich używanych przy resekcyi, atoli o stosownych rozmiarach i zgięciach. Po dokonanym rękoczynie ograniczałem się w trzech pierwszych przypadkach do zbliżania brzegów chrząstek tarczykowych przylepcami według rady autorów. W ostatnim zaś przypadku, który się jeszcze znajduje w leczeniu na moim oddziale, nałożyłem kilka szwów, lecz nie na wskroś przez chrząstki, jeno przez tkankę sąsiednią i ochrzęstnę (sądzę, że mogę taki szew nazwać *sutura parachondrica* na wzór *sutura paraneurotica)*, a użyłem na ten cel katgutu Nr. I. Z rezultatu jestem zupełnie zadowolony, albowiem zbliżenie brzegów chrząstek jest prawie zupełne, tak że tylko podczas kaszlu słychać czasem słaby szelest przeciskającego się powietrza, a ułożenie chrząstek niepozostawia nic do życzenia. Zresztą i ropa z rany wydzielająca się nie może dostać się do krtani, a to tém mniéj, ponieważ wyściełam ranę gazą Listrowską i wypełniam ją watą Brunsową, w którą jako w materyjał hygroskopijny wsiąka każda kropla ropy. Z tych więc powodów polecam zastosowanie szwów tego rodzaju.

Teraz przystępuję do zarzutów, jakie przeciwnicy czynią niniejszemu rękoczynowi. Jednym z najważniejszych jest stósunkowo wysoki procent śmiertelności, jaki wypada z zestawienia przypadków tego rękoczynu, zaznaczonych w literaturze. Jelenffy (l. c.) twierdzi mylnie, jakoby Hüter w swojéj zwyż przytoczonéj monografii na podstawie 35 sobie znanych przypadków podał 6% śmiertelności. W rzeczywistości zaś rzecz się ma inaczéj. Hüter przytacza na 35 przypadków tego rękoczynu 7 przypadków śmierci. Z tych w 5ciu przypadkach śmierć nastąpiła bardzo późno po operacyi w skutek chorob przypadkowych, które w żadnym nie zostawały związku z rękoczynem, tak że przy obliczeniu statystycznem należy je wliczyć w poczet przypadków pomyślnych. Dwa tylko przypadki śmierci nastąpiły wkrótce po operacyi: z tych jeden nastąpił na drugi dzień po operacyi, a to skutkiem utkwienia fasoli w oskrzelu; między śmiercią więc a rękoczynem nie było żadnego związku; w drugim przypadku nastąpiła śmierć w 7 dniu po operacyi, a oględziny pośmiertne wykazały kilka małych ropni w szczytach płuc. Z tego zestawienia więc wynika, że właściwie tylko z tym ostatnim przypadkiem śmierci w owych 35 przypadkach liczyć się należy, cyfra więc przez Jelenffyego Hüterowi podsunięta, a mianowicie 6%, jest mylną, gdyż wynosi właściwie niespełna 3%. Mackenzie (l. c.) przytacza 5 przypadków śmierci na 49 operacyj, a zatém 10% śmiertelności; ale i ta cyfra nie powinna przerażać, albowiem nie ulega wątpliwości, że gdyby się te przypadki należycie i bezstronnie ocenilo, cyfra ta znacznie by się zmniejszyła. Atoli jakkolwiekbądź każda choćby najmniejsza cyfra śmiertelności tego rękoczynu świadczy o tyle niekorzystnie o nim, o ile przeciwnicy z dumą mogą przeciwstawić swoją statystykę, która nie wykazuje żadnéj śmiertelności po rękoczynach wśródkrtaniowych, mimo że liczba odnośnych przypadków zapisanych w literaturze jest rzeczywiście bardzo znaczną. Gdyby więc na wybór stósownego rękoczynu miały wpływać tylko cyfry śmiertelności, a żadne inne względy, w takim razie niktby się długo nie zastanawiał nad sposobem rękoczynu, jakiego ma użyć; atoli na wybór metody wpływają jeszcze inne, także ważne względy, o których jeszcze będzie mowa. Teraz wypada nam się jeszcze zastanowić nad przyczynami, które mogą wywołać śmierć po cięciu tarczykowém. W przypadku śmierci powyżéj przytoczonym wykazały oględziny pośmiertne kilka ropni w szczytach płuc; ponieważ nie ma tam wzmianki o naciekach zapalnych, zajmujących całe zrazy płuc, ponieważ następnie nie ma tam mowy o charakterystycznych złogach ropnicowych, a zresztą i sam czas (śmierć nastąpiła w 7ym dniu po operacyi) nie zgadza się z przypuszczeniem ropnicy jako przyczyny śmierci, przeto należy owe małe ropnie w tym przypadku uważać jako stekowe, powstałe skutkiem ropy z góry spływającéj; ropa zaś mogła pochodzić albo z samego wnętrza krtani, a zatém z rany pozostałéj po wycięciu ukleja (mowa tu o przypadku Debrou'a, w którym tenże wyciął z górnéj części krtani uklej wielkości orzecha), albo z rany na szyi. Ponieważ rany pozostające w krtani po wycięciu uklejów są zbyt małe i powierzchowne, ażeby mogły tyle dostarczyć ropy, by takowa swoim ciężarem przemogła prąd wykrztuśny, usilujący ją na zewnątrz wydalić, ponieważ zresztą wyniki rękoczynów wziernikowych dostatecznie o tém pouczają, że te rany nigdy takich następstw za sobą nie pociągają, przeto należy z całą pewnością przypuścić, że ropa w owym przypadku niewątpliwie dostała się do płuc z rany zewnętrznéj, która to okoliczność obciąża w wysokim stopniu sam rękoczyn. Jeżeli się czyta polecenia autorów, że nie należy chrząstek tarczykowych a natomiast trzeba brzegi rany przylepcami ściągać, można się rzeczywiście dziwić, dlaczego zdarzenia tak niepomyślne, jak w przytoczonym przypadku nie zdarzają się częściéj, a należy to téj okoliczności przypisać, że ropienie najczęściéj bywa mierne, tak że chory zdoła ropę wraz z wydzieliną tchawicy i oskrzeli wykrztuszać. W téj mierze właśnie przypisuję znaczną doniosłość metodzie, którą zaleciłem powyżéj a w obec doświadczenia zaczerpniętego z wyniku powyżéj przytoczonego niepomyślnego przypadku zalecam jeszcze tém goręcéj: aby po dokonanym rękoczynie nakładać szwy z katgutu przez tkanki osłaniające chrząstki *(sutura parachondrica)*, przez co brzegi chrząstek wzajemnie do siebie się zbliżają, a tém samém wnętrze przewodów oddechowych chroni się od ropy wydzielającéj się w zewnętrznéj ranie na szyi; następnie: brzegów w powłokach krtani nie ściągać przylepcami, lecz ranę wyściełać gazą Listrową i watą Brunsową, która każdą kroplę ropy pochłania, a czynić to dopóty, dopóki dno rany nie pokryje się czystą i jędrną ziarniną, która także dobrze ochrania przewody oddechowe od tego samego szkodliwego czynnika, poczém można pod ko-

niec gojenia brzegi rany ziarnkującéj zbliżać do siebie przylepcami celem przyśpieszenia zagojenia i uniknienia szpetnéj blizny. Tak postępuję z najlepszym skutkiem w czwartym przypadku, który się jeszcze znajduje na oddziale; od pierwszego dnia po operacyi chory chodzi i nigdy nie gorączkował. W taki sposób da się z całą pewnością uchylić jedno z niebezpieczeństw cięcia krtani tarczykowego, które atoli niestety już ma swoją ofiarę w kazuistyce chirurgicznéj.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. O zachowaniu się chorych syfilitycznych podczas leczenia wcieraniami rtęciowemi.

Podał Dr. Ż. **Krowczynski** we Lwowie.
(Rzecz czytana w Tow. Lek. Galic.)

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 1).

Do drugiéj grupy zaliczam tych, których metody mają na celu wyleczenie kiły bez ślinotoku, i przeciw wystąpieniu którego używają najrozmaitszych środków zapobiegawczych. Nie będę rozbierał teoretycznych zapatrywań zwolenników powyższych sposobów leczenia, bo pod tym względem, w jaki sposób rtęć działa na kiłowych, są one bardzo podzielone; ale nie trudno będzie przekonać słuchaczów, że wspomniane metody do wyleczenia posiłkują się osłabieniem organizmu. Wprawdzie to osłabienie sprowadzają powolnie i bez ślinotoku, ale ta powolność wydaje mi się właśnie być godną pochwały i zasługuje, aby ją naśladowano, co zresztą poniżéj będę starał się udowodnić.

W przygotowawczém leczeniu nie odgrywają już upusty krwi ani przeczyszczenia ważnéj roli, ale przeciwnie indywidualizowanie chorych nie jest czczym frazesem a umiarkowane podawanie rtęci stanowi najważniejszą podstawę leczenia. Najcięższym zarzutem czynionym temu leczeniu jest zdaniem przeciwników tego obozu, w imieniu których przemawia Simon, iż przewleka się przez to chorobę, która już sama szkodliwie oddziaływa na organizm a krzywda wyrządzona chorym wzrasta w miarę użycia rtęci, która w każdym razie nie jest dla organizmu obojętną. Tak więc zwolennicy wspomnianych sposobów leczenia omijając ślinotoki, przyczyniają się według twierdzenia Simona do powstania choroby, która jest połączeniem chronicznego zatrucia rtęcią i przewlocznego działania jadu kiłowego. Porównywając trwanie leczenia przy sposobach obecnie używanych z metodami dawniejszemi, musimy przyznać, że przewlekamy chorobę, ale to przewlekanie jest dlatego zaletą, że ono nie pociąga za sobą osłabienia organizmu, którego uniknąć jest najdonioślejszém dążeniem. Później rozbierając szczegółowo istotę choroby kiłowéj i działania rtęci, dostarczymy dowodów, przemawiających za leczeniem powolném, tutaj zaś ograniczę się do stwierdzenia, że drugi zarzut czyniony metodom obecnie używanym jest również nie słusznym. Że istnieje rtęcica przewłoczna i że ją łatwiéj wywołać można u kiłą dotkniętych a leczonych niewłaściwie merkuryjuszem, aniżeli u zdrowych, o tém nikt nie wątpi, równie jak nie zaprzeczy nikt zdrowo patrzący, że pod wpływem działania przyrzutu kiłowego powstaje zmiana krwi i osłabienie całego organizmu; nieuprzedzony jednak musi przyznać, że umiarkowane dawki rtęci należycie stosowane, bynajmniéj nie przyczyniają się do powstania choroby będącéj połączeniem rtęcicy z kiłą, co zresztą w dalszym wywodzie uwidocznię.

W wyjątkowych przypadkach jest właściwym i słusznym zarzut Simona, jeśli przezeń rozumiemy, że podawaniem rtęci osłabiamy już i tak schorzały organizm kiłą dotkniętego; w przeważnéj zaś liczbie zarzut jest niewłaściwym a mianowicie wówczas, gdy organizm leczonego się nie osłabia. Przeciwnie mieści on w sobie największą zaletę leczniczego postępowania, bo tym sposobem lecząc nie tylko usuwamy kiłę, ale co ważniejsza, przez jéj uleczenie temuż przy równoczesném wzmocnieniu organizmu powracamy mu warunki niezbędne do jego rozwoju. A ponieważ w dalszym ciągu odnajdzie czytelnik usiłowania skierowane ku odparciu zarzutów, przeto ograniczam się tutaj do tych ogólników.

Jeśli zwolennicy ślinotoków bezwzględnie i niedostatecznie odżywiali chorych, przyspieszali odnowę organizmu zbytecznem ciepłem i niekorzystnie wpływali na rozwój chorych, wzbraniając im świeżego powietrza, to zwolennicy drugiéj grupy metod używanych w naszym wieku nie byli tak bezwzględnymi, choćby dla tego, że uwzględniali w wielkiéj części organizm dotknięty chorobą czyli szczegółowiéj indywidualizowali. Zwolenników téj drugiéj grupy możemy z wszelką słusznością podzielić na dwa poddziały, z których w pierwszym grupują się wyznawcy metody w ścisłém znaczeniu Montpelierskiéj, to jest tacy, którzy nie skąpią chorym pokarmów, nie wzbraniają powietrza, nie odsuwają od zajęcia, nie więżą w zamkniętych choćby nawet odwietrzanych pokojach i to czynią w przekonaniu, że ani umiarkowane zimno używających wcierań nie zabija, bo ono przyczyną udarów mózgowych nie bywa; ani umiarkowana wilgoć i zwykłe zmiany ciepłoty przypadów reumatycznych nie wywołują. Inaczéj postępują ci, których do drugiego poddziału zaliczać należy, bo nie zostawiając tyle wolności chorym jak ostatni, nie są równie tak bezwzględnymi jak zwolennicy leczenia za pośrednictwem ślinotoków. Ponieważ przedstawicielem ostatniéj metody obecnie u nas najbardziéj rozpowszechnionéj jest Sigmund i on właśnie zajmuje owo pośrednie stanowisko, bo metoda jego ani nie zachęca do wielkiéj dowolności, ani do bezwzględnego postępowania zwolenników Louvriera i Rusta, przeto mogę się ograniczyć do wykazania stron dodatnich i ujemnych metody Sigmunda a jeśli to uskutecznić zdołam, nie narażę się na zarzut lekkomyślnego postępowania.

Zupełnie pojmuję, że dopatrywanie przezemnie stron ujemnych w metodzie Sigmunda zrobić musi dziwne wrażenie, ale walka jakkolwiek nie równa nie powinna być naganną, jeśli ma na celu odkrycie prawdy. Plamy na cudném słońcu odkryte nie pozbawiają go uroku, ani nie umniejszają jego dobroczynnego wpływu, a jeśli z jakichś powodów w razie niedopięcia celu potrzebowałbym usprawiedliwienia, to powodów do takiego usprawiedliwienia umiałbym wiele znaleść. Jednym z nich między innemi był spór, który się toczył przed kilkoma miesiącami między dwoma lekarzami warszawskimi, którzy powołując się na poważne głosy znakomitych autorów w sprawie zachowania się chorych podczas leczenia wcieraniami, w gruncie rzeczy kwestyi spornéj nie rozwiązali, chociaż głos jednego z nich znany dobrze w naszéj gałęzi nie przebrzmiał bez korzyści. Drugim powodem a przynajmniéj zachętą było dla mnie świeżo wydane dzielko w téj kwestyi przez Sigmunda (*Einreibungskur bei Syphilisformen*), które jakkolwiek zawiera bardzo cenne uwagi i ważne wskazówki dla praktycznych lekarzy, a jako owoc długoletniéj pracy znakomitego badacza zasługuje na sumienne przestudyjowanie, mimo to ma swe słabe strony,

które występują przy porównaniu obu sposobów leczenia, do których rozbioru przystępujemy.

Jakkolwiek metoda lecznicza Sigmunda jest dobrze znaną, mimo to muszę ją przypomnieć dla dopięcia zamierzonego celu, przyczém będę miał sposobność wykazać, czém się ona różni od innych sposobów leczenia i jakiego zachowania się wymaga od leczonego. I ta metoda składa się z przygotowawczego leczenia a celem jéj jest stworzenie takich warunków higijenicznych dla kilą dotkniętego, któreby zapewniały, że funkcyje organizmu ile możności prawidłowo odbywać się będą. Sigmund nie przepisuje, z czego przygotowawcze leczenie składać się powinno w każdym przypadku, ani nie oznacza ryczałtowo czasu jego trwania, ale nie oswobadzając się z więzów pedantyzmu metod, słusznie wylicza to, na co szczególną uwagę zwracać należy. Pierwszem zadaniem dla Sigmunda jest usunięcie wszelkich komplikacyj, co jak wiadomo, należy do bardzo trudnych a często niemożliwych usiłowań leczniczych; daléj nakazuje uregulować dyjetę, rozumiejąc przez to, że ona powinna się składać z pokarmów pożywnych w miernéj ilości: zaleca częste kąpiele i zwraca szczególną uwagę na pielęgnowanie tych organów, w których objawy chorobowe okazać się mają lub już istnieją. Nie zapomina on o pomieszkaniu, które powinno być obszerne, jasne, wesołe i często przewietrzane, a ciepłota w pokoju powinna być 13—14° R., a nie przenosić 16° R.; chętniéj widzi, gdy chory w tym peryjodzie usuwa się od zajęć a większą część dnia w pokoju przebywa i nie sprzeciwia się, gdy choremu $^1/_4$ lub $^1/_3$ część tych pokarmów i napojów podajemy, jakie nawykł on spożywać w czasie zdrowia, radząc unikać pokarmów ciężkostrawnych, tłustych lub łatwo rozkładających się a napoje zupełnie usunąć lub do bardzo małéj ilości ograniczyć i to tylko w przypadkach długiego do nich przyzwyczajenia się. Czując jednak złą stronę metod *ex cathedra* głoszonych tak usprawiedliwia siebie i podawanie przepisów: „są one poniekąd idealnemi wskazówkami, będącemi wynikiem długoletniego i obszernego doświadczenia,“ a daléj najwyraźniéj mówi, że od zapatrywania lekarza zależy, w czém od przepisów w danym przypadku odstąpić należy, nie zachęcając do zbytnich ustępstw dla chorego i przekraczań przepisów, które niekorzystne następstwa dla chorego i lekarza za sobą pociągają, bo ani wynik leczenia nie będzie zadowalającym, ani praca lekarza dobrém imieniem wynagrodzoną. Czyż więc ci wszyscy, którzy ślepo nie postępują za wskazówkami Sigmunda, dobrowolnie na ciężkie zarzuty się nie narażają? Wprawdzie nie wielu jest takich, którzyby odmawiali słuszności Sigmundowi co do przygotowawczego leczenia, wprawdzie nikt nie wątpi, że dotkniętego kilą należałoby uwolnić od wszelkich istniejących chorób przed rozpoczęciem leczenia, gdyż wszelkie choroby chroniczne niekorzystnie wpływają na rozwój kiły i utrudniają leczenie; ale też nikt nie wątpi, że najczęściéj słusznemu żądaniu Sigmunda zadość uczynić nie możemy. Ma się rozumieć, że nikt nie będzie leczył kiły u dotkniętego równocześnie ostrą i szybko przebiegającą chorobą, ale szczególną uwagę zwracać wówczas będziemy na pierwszą, pod któréj wpływem, jak doświadczenie poucza, istniejące przypady kiły czasowo albo nawet na zawsze ustępują, ale natomiast przewłoczne cierpienia każdy lekarz bardzoby chętnie usunął u kiłowych, tém bardziéj, że one zawsze niekorzystnie na leczonych wpływają. Chorobami chronicznie komplikującemi kiłę są jak wiadomo najczęściéj zołzy chroniczne, zajęcia dróg oddechowych lub pokarmowych; cierpienia wymagające najczęściéj bardzo długiego czasu do wyleczenia, przez który do obserwowania chorego i nie usuwania kiły ograniczyć się nie można. Często zaś późne zgłoszenie się chorobą dotkniętego jest przyczyną, że okres przygotowawczy Sigmunda albo bardzo skracamy, albo bez takowego wprost do leczenia przystępujemy.

Jakkolwiek więc wszyscy uznają, że przygotowawcze leczenie jest bardzo korzystne w wielu przypadkach, nie czynimy takowemu zadość z przytoczonych powyżéj powodów.

Przystępując do rozbioru leczenia właściwego Sigmunda, przytoczę tylko te polecenia, które dotyczą zachowania się chorych a których wszyscy bezwzględnie nie naśladują, przez co od sposobu leczenia Sigmunda się odłączają. Uznając potrzebę świeżego powietrza, każe Sigmund przewietrzać pokój, względnie pokoje zajmowane przez chorego, temu poleca do 18 godzin leżeć w łóżku, być ciągle ciepło ubranym, nie opuszczać wcale pokoju nie używać ruchu, nie zajmować swéj myśli, chyba nie natężającém czytaniem a dyjetę reguluje według tych samych zasad, jak podczas leczenia przygotowawczego, zastrzegając wyraźnie, że lepiéj mniéj podawać, aniżeli powiększać dawki pokarmów choremu, które zwykł spożywać za czasów zdrowia. Przy tém zachowaniu się wcierają chorzy w znany czytelnikowi sposób małe ilości rtęci tj. od 3 do 5 grm. jednego dnia. Wielka część lekarzy nie naśladując pod tym względem Sigmunda, idzie za twórcą metody z Montpellier a może jeszcze dowolniéj postępuje. Podczas gdy Sigmund wyjątkowo pozwala wychodzić, używać do woli powietrza bez względu na jego stan, używać ruchu, oddawać się czynnościom fizycznym i umysłowym i tylko źle odżywionym lub niedokrewnym podaje do syta pożywienia; otóż to wszystko, co w metodzie Sigmunda jest wyjątkiem, stanowi regułę dla właściwych naśladowców szkoły Montpellierskiéj a wyjątkowo u nich bywają polecenia Sigmunda, które zastosowują u takich chorych, których stan chorobowy nie pozwala na powyższe polecenia, gdyż te wyrządzałyby szkodę zdrowiu leczonych. Ta różnica w postępowaniu nie jest kaprysem, ale zdaje mi się postępowaniem bardzo właściwém, opartém na fizyjologii i prawach odnowy organizmu. Zamiast przytaczać poważne głosy mistrzów obu metod i tym sposobem popierać własne zapatrywanie, rozbierzmy szczegółowo zasadę postępowania Sigmunda i poddajmy ją krytyce, posiłkując się przytém rozumowaniem i doświadczeniem. Nie odrzucając więc teoryi, nie ominę wskazówek z doświadczenia wypływających w tém przekonaniu, że jeśli oba sposoby jednę prawdę wskażą, to wynik nie będzie fałszywy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. H. Joannet (Paris): **Le poil humain, ses varietés d'aspect, leur signification en médecine judiciaire.** Paris, O. Doin, 1878, in 8vo, str. 117, cena 1,80 zł.

Chcąc wypełnić lukę w literaturze sądowolek. francuskiéj, autor zachęcony przez prof. swego Lacassagna obrał sobie rzecz o włosach ludzkich ze stanowiska sądowolek. za przedmiot rozprawy inauguralnéj. Jakkolwiek młody autor przyznaje, że się opiera na „monografii“ Oesterlena (*Das menschliche Haar u. seine gerichtsärztl. Bedeutung.* Tübingen 1874.), to przecież nie zamierzył ogłosić tłumaczenia i sądzi, że tak pod względem układu, jakotéż metody i licznych (?)

poszukiwań, które czynił, dziełko jego może rościć sobie prawo do tytułu *„étude originale“*. Zapewne, że pojęcia „rozprawy oryginalnéj“ mogą być bardzo elastyczne, zwłaszcza u pewnych lekarzy francuskich, którzy liczą na to, że dla nieznajomości języka niemieckiego nikt z ich rodaków nie porówna ze sobą „oryginałów“; również nie ulega wątpliwości, że trudno nazwać tłumaczeniem dziełko, w którym autor traktuje rzecz w innym porządku, aniżeli jego pierwowzór; ale mimo to przeczytawszy rozprawę w mowie będącą znachodzimy między książką Joanneta a Oesterlena podobieństwo, jeżeli już nie jak między jedném jajem a drugiém, to przynajmniéj jak między jednym bliźniakiem a drugim. J. uważa pracę Oesterlena za monografiję znakomitą; my zdania tego nie podzielamy, upatrując w niéj przeciwnie dość zręczną kompilacyję, którą autor oczywiście sam jako taką uznał, skoro ją pierwotnie zamieścił był w *Schmidts Jahrb.*, a w rok późniéj dopiero pomnożoną osobno wydał. A skoro pierwowzór niema wielkiéj wartości, to niemoże jéj mieć i kopija, zwłaszcza gdy J. nic nie umiał dodać z własnego doświadczenia, a poszukiwania jego odnoszą się do kwestyj bardzo mało ważnych, i z tego powodu książka w mowie będąca co najwięcéj dla tych tylko może mieć wartość, którzy nie umieją po niemiecku i dziełka Oesterlena czytać nie mogą.

Tam zaś gdzie autor uzupełnia Oesterlena, dostaje się wprost na manowce: tak np. gdy się wyraża o kołtunie: *„dans la plica polonica, affection dont la nature est assez peu déterminée, on trouve une agglomération complète de tous le cheveux par de croûtes exsudatives“* (str. 67); albo gdy wbrew własnym doświadczeniom wierzy, że włosy rosną po śmierci człowieka (str. 75). Wiarę w możebność nagłego siwienia włosów (w ciągu jednéj nocy) podziela z Oesterlenem, który wprawdzie wie o tém, że już wielki Haller poczytał był za bajki wszystkie przypadki odnośne, ale opiera się pod tym względem na nowszym przypadku prof. Landoisa w Gryfii, podczas gdy Hebra i Dobrzycki i ten przypadek słusznie uważają za wątpliwy. Nasz autor wzbogaca liczbę przypadków nagłego osiwienia następującym, przytoczonym przez Schenka, a najciekawszym ze wszystkich: *„Vir quidam, qui asinis onerariis adesse illosque ducere solebat, subito incanuit, quum asinus ei furtim esset sublatus; quum autem recuperavisset, pili colorem nigrum iterum receperunt“*.

Znaczenie sądowolekarskie włosów autor przecenia, tak jakto wszyscy nowsi autorowie czynią, z wyjątkiem E. Hofmanna.

Ze wszystkich nowszych prac o włosach bezsprzecznie najlepszą jest dziełko rodaka naszego Dobrzyckiego (O kołtunie. Warszawa 1877). Jakże mocno odbijają od niego prace Oesterlena i Joanneta! Jakaż to rzecz smutna, że lekarze zabierający się do pisania o włosach, nic o tém dziele nie wiedzą, że nie dowiedział się o niém dotąd w ogóle świat lekarski. Pisząc przed dwoma laty ocenę jego w tygodniku naszym wyraziliśmy nadzieję, że ktoś z pośród młodszych kolegów podejmie się tłumaczenia najważniejszych ustępów na język niemiecki lub francuski i że autor zapewne się zgodzi na to, aby tylko pewne ustępy były tłumaczone. Otóż autor zgadza się na pewne zmiany, ale tłumacz dotąd się nie pojawia, a przecież powinniśmy sami pamiętać o sobie, jeżeli chcemy, aby świat wiedział o pracy naszéj żmudnéj i godziwéj.

Prof. L. Blumenstok.

Dr. Strümpel (w Lipsku): **O użyciu i działaniu przeciwgorączkowém** *conchininu* czyli *chinidinu* (według farmakopei austryjackiéj).

Badania chemiczne nad alkaloidami zawartemi w korach chinowych dotąd jeszcze nie są ukończone. Za najskuteczniejszy, lubo najdroższy uznawano dotąd słusznie chinin, a zastąpienie tego alkaloidu przez inne przetwory wydobywane z kor chinowych okazywało się z tego względu niepraktycznem, ponieważ częstokroć skutek oczekiwany zawodził, a niższa cena tańszych tych przetworów wzrastała skutkiem potrzeby użycia ich w ilościach znacznie większych od chininu. Chlubny wyjątek pod tym względem ma stanowić zdaniem autora conchinin uzyskany po raz pierwszy w r. 1848 przez Heyningena z chinoidynu i nazwany także betachininem, lub chinidynem (Pasteur 1853; według farmakopei austryjackiéj, angielskiéj i francuskiéj).

W celach terapeutycznych używano dotąd niemal powszechnie siarkanu conchininu czyli chinidynu ($2 C_{20} H_{24} N_2 O_2$, $H_2 SO_4 + 2 H_2 O$); przedstawia się on w kryształkach graniastosłupowych, połyskujących na kształt asbestu; wystawiony na działanie powietrza wietrzeje, rozpuszcza się z łatwością w chloroformie, wodzie gorącéj i wyskoku, za to w wodzie zimnéj jest trudno rozpuszczalny (1:108). Celem zbadania czystości siarkanu chinidynowego rozpuszcza się jednę część jego w 60 cz. wody, ogrzewa do 60° C., dodaje 1 cz. jodku potasu i przesącza po oziębieniu. Jeżeli przetwór był czysty, to i przesącz po dodaniu nieco amonijaku zupełnie czystym pozostanie. Rozczyn soli Seignetta (winianu potasowo-sodowego) dodany do czystego rozczynu siarkanu chinidynowego, nie powinien sprawić żadnego osadu, w przeciwnym bowiem razie sól ta zanieczyszczona jest cinchodynem i chininem. Siarkan chinidynu nie daje reakcyi znanéj przy badaniu chininu za pomocą nastoju jodowego i kwasu octowego, przez co w razie ostatnim opadają z rozczynu blaszki metaliczne bezbarwne, połyskujące barwą pysznie zieloną w świetle wpadającém; gdyż jeżeli do rozczynu siarkanu chinidynowego dodamy 1—2 kropli Trae Jodi, a potém 2—5 kropli zgęszczonego kw. octowego, to opadnie z rozczynu osad czerwonawo-cisy, w wodzie trudno rozpuszczalny. Tym sposobem również można wykryć zanieczyszczenia chininu chinidynem.

Pierwsze doświadczenia terapeutyczne z chinidynem przedsiębrał Wunderlich w Lipsku jeszcze w r. 1855; wówczas już stawiał go słynny ten klinicysta niemiecki na równi z chininem co do skuteczności w leczeniu zimnicy; późniéj używali go wyjątkowo Machiavelli w Medyjolanie, Ziemssen w Monachijum, a wreszcie Wagner w Lipsku. Cena siarkanu chinidynowego (od Jobsta w Stuttgardzie) wynosi 30 marek za 100 grm., jest więc o $1/3$ niższą od ceny chininu (46 marek za 100 grm.)

Autor zdaje sprawę z doświadczeń przedsiębranych z tym przetworem i zastanawia się obszerniéj najprzód nad wynikami terapeutycznemi w durze brzusznym (*Typhus abdominalis* 17 przypadków). Zazwyczaj używano z rana kąpieli zimnéj a wieczorem podawano conchinin w rozczynie (Rp. Chinidini sulfurici, Acidi sulfur. dil. utrq. 1,0—2,0, Aq. Menthae piper 10,00 S. wyżyć naraz; celem poprawienia smaku można jeszcze dodać Trae Zingiberis 0,20—0,30). Najwybitniejszą oznaką działania chinidynu było niemal stałe znaczne obniżenie ciepłoty ciała, podobnie jak po chininie i salicylanie sodowym; nieraz nawet, jak autor utrzymuje, skutek po chinidynie był wydatniejszym, niż po chininie. Po 1—1½ godziny następowało stopniowe obniżanie się ciepłoty

przez 8—12 godzin (o 2—2·5° C. a nawet o 3·5—4°, raz nawet o 4·5° C.), utrzymujące się w przypadkach pomyślnych przez godzin 24—36 a nawet i dłużéj. Równocześnie z obniżeniem się ciepłoty staje się i tętno wolniejszém, ale pod tym względem działanie conchininu nie jest już tak wybitne ani też nie pozostaje w zupełnéj harmonii z ciepłotą ciała. Ze stron ujemnych conchininu wymienić należy: przedewszystkiém często zdarzające się wymioty po zażyciu conchininu pojawiające się zazwyczaj dopiero w $^1/_4$—$^1/_2$ godziny, a nawet w 1—3 godzin po podaniu tego leku; wymioty te jednak nie wpływają na skuteczne działanie środka ulegającego szybkiemu wessaniu. Dodanie kilku kropel nastoju makowcowego (Trac Opii) lub nieco morfinu najlepiéj zapobiega wymiotom, które nie tak często występują, jeżeli się zmniejszy dawkę chinidynu do 1,00 grm., powtarzając ją za to częściéj. Wyjątkowo chorzy skarzą się na szum w uszach i ból głowy, a w jednym tylko przypadku po zażyciu przez omyłkę 4,00 conchininu w 60,00 aq. przeznaczonego do lawatywy, nastąpił u 32-letniéj choréj zapad bardzo mocny. Wyniki terapeutyczne po zadaniu 2—3 grm. chinidynu w lawatywach nie były bardzo zachęcające.

Próbowano również dzielności terapeutycznéj chinidynu w 20 przypadkach zimnicy, (6 przypadków Intermittens quotidiana, 14 p. I. tertiana) a skutek wcale nie zawiódł oczekiwanych nadziei. Zazwyczaj podawano 1,50—2,00 conchininu w roczynie na 6—10 godzin przed oczekiwanym napadem; wprawdzie napad ten występuje jeszcze lecz w formie znacznie złagodzonéj; a powtórzenie takiéj saméj lub nieco mniejszéj dawki usuwa już dalsze napady, podobnie jak chinin. Potém przez kilka dni jeszcze podaje się ten środek w dawkach 0,50—1,00 w pigułkach lub kapsułkach. W róży, zapaleniu płuc dławcowém i gorączce połogowéj, działa conchinin podobnie jak w durze, w gorączce trawiącéj przy gruźlicy płucnéj nie wywiera wpływu wyraźnego. (*Berl. klin. Woch.* 1878. Nr. 46). *Obt.*

F. Winckel: *Colpitis gummosa*, nie opisywana jeszcze zmiana chorobowa w pochwie.

W. opisuje ciekawe zmiany chorobowe w pochwie i na oku, które obserwował w swéj klinice u 28-letniéj pacyjentki przez czas dłuższy. Drobiazgowo spisane wywiady wykazują, że chora przebyła w swéj młodości kilka cierpień już to nie pozostających w żadnym związku ze stanem obecnym, już też przeciwnie, i tak raz w 19tym roku życia przebyła wysypkę, przeciw któréj używano wcierań ogólnych maścią, a po ustąpieniu któréj pojawiły się bezzwłocznie zmiany na oku lewém do dziśdnia trwające. W rok późniéj cierpiała na jakąś sprawę zapalną w podbrzuszu, któréj towarzyszyło wypadanie włosów. Nigdy nie rodziła ani nie roniła; po raz pierwszy miesiączkowała w 22gim roku życia, miesiączka nader bolesna pojawiała się co pół roku. W roku 1870 w 3 miesiące po wystąpieniu zwyż wzmiankowanéj wysypki pierwszy raz w życiu spółkowała; od 4ch lat pozostaje w leczeniu z powodu sprawy chorobowéj na oku. Przed rokiem po raz pierwszy radziła się lekarza chorób kobiecych, poczém doznała ulgi, aż znów stan dzisiejszy powrócił i trwa od sierpnia 1877 r.

W październiku 1878 r. znalazł W. następujące zmiany na oku: oko lewe zamknięte, powieki zaczerwienione i obrzmiałe, dolna powieka ku wewnątrz wwinięta, tak że rzęsy dotykają się rogówki; na wewnętrznéj powierzchni tejże znachodzi się mleczno-biała, łatwo ściągnąć się dająca błona. Spojówka gałkowa obrzękła, tworzy na brzegu rogówkowym półksiężycowy brzeg wystający a na wewnątrz i ku dołowi powleczona jest podobną mleczno-białą ściągnąć się dającą błoną. Odpowiednio miejscu najwięcéj zajętemu rogówka jest naciekła, szara, zmętniała, źrenica rozszerzona, przesunięta, niekształtna.

Po bolesném zdjęciu błony rzekoméj, powierzchnia sącząca błony śluzowéj pokrywa się w kilka dni takąż, samą, jak róg suchą błoną. Na prawym migdałku szarawe miejsce płaskie; łuki podniebienne i języczek zaczerwienione. Na częściach płciowych srom aż do wzgórka łonowego zaczerwieniony, w prawéj pachwinie drobne przeczosy. Wargi sromne większe nie obrzmiałe, suche, szpara sromowa zamknięta. Po rozłożeniu warg mniejszych widać szarawo-biały, częścią mocno przylegający, częścią błoniasto oddzielający się pokład, który poczynając się nad ujściem cewki moczowéj przechodzi na cewkę samą i na przednią ścianę pochwy, daléj bokiem na wewnętrzną stronę warg sromnych mniejszych wgłąb pochwy aż do więzadełka, wreszcie pokrywa ściany pochwy aż do części pochwowéj; zewnętrznie ogranicza się ostro na więzadełku i wargach sromnych mniejszych, w górze na sklepieniu. Raz tylko znaleziono jedno białe miejsce silnie przyczepione wielkości grochu na tylnéj wardze części pochwowéj, jednakowoż nie na brzegu ujścia. Część pochwowa i jama macicy zachowują się zresztą prawidłowo, po zdjęciu błon wrzekomych w pochwie, gdzie dochodzą do kilka milimetrów grubości, widać różową błonę śluzową; upławów niema żadnych, a sprawa cała robi wrażenie rozległego dławca. Pod palcem czuć się dają te pokłady jak po nadżarciu ałunem lub roczynem półtora chlorku żelaza, oddziaływanie kwaśne, ciepłota nie podniesiona.

Dr. Birch Hirschfeld badając błony pod mikroskopem, znalazł ciałka i kryształki tłuszczowe, które się w eterze rozpuściły, a obok nich grube pokłady częściowo zrogowaciałego przybłonka brukowego. Wycięty kawałek błony śluzowéj okazał przybłonek znacznie zgrubiały, przyskórkowate wierzchnie warstwy oddzielały się w pozlepianych blaszkach błoniasto, również warstwa przybłonkowa odpowiadająca sieci Malpighiego okazywała bardzo wielkie komórki i znaczne zgrubienie. Brodawki przerosłe, warstwa podśluzowa znacznie zgrubiała z bardzo obfitemi grubościennemi naczyniami, między niemi zbity naciek tkaniny okrągłemi i wrzecionowatemi komórkami, tak, że ma się obraz, jaki się otrzymuje z przecięcia świeżego wybujałości kiłowych.

W. obserwując chorą miał sposobność przekonać się, że błony wrzekome odnawiając się powstają przez zlanie się pojedynczych punktów szarawo-białych. Raz podczas pobytu na klinice chora miała lekki krwotok a błony rzekome przybrały wejrzenie strupa po użyciu chlorku żelaza, które po przestrzykiwaniu 2% kwasem karbolowym i oddaleniu, ponowiły się w sposób zwyż opisany. Kończąc opis zmian chorobowych dodaje autor, że błony rzekome na oku i w pochwie są zupełnie jednakowe. W dalszym ciągu zastanawia się nad tym przypadkiem podając, że sam podobnych zmian dotychczas nie widział, ani mu też z literatury nie są znane; powołuje się na przypadek opisany przez Hirschfelda w jego dziele anatomii patologicznéj, w którém tenże podaje zmiany przy zajęciu kiłowém pochwy, a mianowicie przypadek *perivaginitidis* na tle kiłowém, które to zmiany porównywając ze zmianami na błonie śluzowéj przypadku opisanego, wyklucza możebność, aby te zmiany przedstawiały strup po środkach żrących i zastanawia się, czy w tym przypadku można

przypuścić kiłę czyli nie. W tym celu przechodzi wszystkie objawy, podnosi okoliczność, że jod nie wpłynął wcale na zmianę chorobową mimo dłuższego używania, wreszcie objaw wypadania włosów uważa za podejrzany i daje niniejszemu cierpieniu miano *„colpitis gummosa,“* zachęcając kolegów do opisania podobnych przypadków. *(Centralbl. für Gynaekologie* 1878, Nr. 24).

Zdając sprawę z tego przypadku nie mogę się zgodzić na zdanie autora i muszę mu uczynić zarzut, że acz drobiazgowo, nie dość dokładnie opisuje nieznane dotąd zmiany chorobowe; brak np. wzmianki o stosunku zmian na oku do zmian w pochwie, stanowi lukę, dalej w rozpoznaniu czuje się autor niejako krępowany orzeczeniem Hirschfelda, które nie jest i nie może być stanowczém i mimo, że sam przyznaje, że tak wywiady, jak przebieg i stan obecny kiłę wykluczają, to chwytając się tak mało znacznego objawu jak wypadanie włosów, które wielu sprawom chorobowym ciężkim towarzyszyć może, na téj podstawie rozpoznaje kiłę. Przytoczony wreszcie przypadek z dzieła Hirschfelda inne wcale przedstawia zmiany, a nie zawiera tych, które w niniejszym przypadku zdają się być istotnemi tj. błon rzekomych. Co do mnie ośmielam się kiłę wykluczyć, a to tém więcéj, że i badanie mikroskopowe w téj mierze nic stanowczego podawać nie może i nie podaje. Zwracając uwagę na niektóre zmiany i objawy, jak powstawanie błon rzekomych po oderwaniu, tj. że powstają najpierw punkciki, które się zlewają; daléj na okoliczność, że na części pochwowéj tylko raz widzieć się dał punkt szarawy, który nie długo potém zniknął nie pozostawiwszy zmian na błonie śluzowéj; uwzględniając wreszcie brak głębszego nacieku pod błoną śluzową, o jakim właśnie Hirschfeld w swém dziele pisze; musimy przypuścić możebność sprawy pasorzytnéj z następowym przerostem błony śluzowéj i przybłonka. Nadto tożsamość zmian na oku ze zmianami w pochwie, związek przyczynowy, w jakim pozostawać muszą, a wreszcie uporczywe odnawianie się błon rzekomych cechujące sprawę pasorzytną, utwierdzają mnie w tém przekonaniu. Sprawę pasorzytną przypuszczam tém śmieléj, że i Z. prof. Dr. Browicz widział przypadek, w którym u mężczyzny na rogówce tworzyły się białe błony rzekome, dające się usunąć, a odnawiające się po usunięciu; błony te prócz składników, jakie znalazł Hirschfeld pod mikroskopem tj. znacznéj ilości komórek przybłonkowych warstwowo ułożonych, kulek i kryształków tłuszczowych, okazywały liczne pasorzyty prątkowe, które właśnie resztę zmian tych wywoływały. *Dr. Mars.*

Prof. Brouardel (w Paryżu): **Uwagi nad śmiercią przez spalenie.**

„W ostatnich miesiącach mieliśmy zręczność robienia „sekcyj kilku osób, które zginęły w ogniu. Staraliśmy się „oznaczyć przyczynę śmierci, a poszukiwanie nasze doprowadziło nas do poznania wartości pewnych oznak, które „zdaniem naszém służyć mogą do sprawdzenia, ażali ciało „znalezione po pożarze pochodzi od człowieka, który dostał „się do ognia za życia swego, lub dopiero po śmierci“. Od téj ważnéj zapowiedzi rozpoczyna rozprawę swoją młody profesor medycyny sądowéj w Paryżu, który, jak wiadomo już czytelnikom naszym, zawód swój dość głośno rozpoczął.

W pożarze, który nawiedził szałasy szpitala św. Antoniego, zginęły 2 pacyjentki porażone; w skutek wybuchu zaś, który nastąpił dnia 15 maja 1878 r. w pewnym domu przy ulicy Bérangera, zginęły również 2 kobiety i kilka osób było poparzonych. Otóż materyjał, na którym autor opiera swoje badanie. W jednym z pierwszych przypadków B. podczas sekcyi wyjął z żyły głównéj wstępującéj kilka cm. sześć. krwi i takową badał za pomocą przyrządu widmowego w 5 miesięcy potém, ponieważ w ciągu tego czasu nie rozporządzał spektroskopem (a więc kierujący zakładem sądowolek. w Paryżu przez 5 miesięcy szukać musi przyrządu widmowego!); znalazł wtedy obie smugi gałczenia, które po dodaniu siarczku amonu nie znikły; toż samo stwierdziła próba sodowa, którą B. zdaje się przypisywać Eulembergowi (sic). Obecność tlenku węgla we krwi zdaniem autora dostatecznie dowodzi, że osoba od któréj ta krew pochodzi, oddychała jeszcze, gdy do ognia się dostała. Otóż pierwsza oznaka dostania się do ognia za życia, otóż pierwsze odkrycie autora. Szkoda tylko że to odkrycie Brouardela wylęgło się w głowie Hofmanna we Wiedniu już przed 3 laty, a zastósowane zostało przez nas w praktyce przed 2 laty (p. Przegl. Lek. 1877, str. 303). Snać B. musiał dobrze znać rozprawkę Hofmanna, skoro z téj saméj żyły co on wyjął krew przy sekcyi, a przecież nazwiska jego nigdzie nie wspomina. Następnie znalazł B. płuca na przekroju żywo czerwone, a w naczyniach płucnych ciałka krwi znacznie zmniejszone, podobne do ziarnek; otóż druga oznaka cechująca śmierć w ogniu i drugie odkrycie autora. Tymczasem jasnoczerwone zabarwienie płuc po części może być zależném od tlenku węgla a zmiany w ciałkach krwi opisał już Ponfick (w *Berl. klin. Woch.* 1878, Nr. 46, p. Przegląd Lek. 1877, Nr. 46).

U osób zmarłych skutkiem eksplozyi nie znalazł B. tlenku węgla we krwi, co tłumaczy szybkim ich zgonem, ale natomiast znalazł oparzenia w jamie ustnéj, na języku i w krtani. Zmiany podobne opisał już poprzednio Riembault, uznając za słuszne wyrażenie się ludowe, że oparzeni łykali płomienie. W razie jeżeli z badania krwi za pomocą widma i drobnowidu otrzymujemy wynik ujemny, zmiany właśnie przytoczone same przez się przemawiają za śmiercią w ogniu; (ale tylko w niższych stopniach zwęglenia, jeżeli pierwsze drogi oddechowe nie są odsłonięte. *Sprawozd.)*

Daléj zwraca uwagę B., że pomimo znacznego zwęglenia powłok organa wewn. mogą być nieuszkodzone, oraz że znalazł objętość serca znacznie zmniejszoną, podczas gdy ciężaru onego nieznacznie ubyło. (Jestto objaw odpowiadający mózgowi minijaturowemu, znalezionem przez lekarzy niemieckich i przez sprawozdawcę.) *(Annales d'hygiène publ. 1878, Novembre,* p. 509 — 534.) *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XIX. z dnia 19go grudnia 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 20.

1) Wybrano do komisyi sprawdzającéj rachunki Towarzystwa i Przeglądu Lekarskiego koll. Blatteisa, Kralczyńskiego i Pacułę.

2) Zatwierdzono p. Tytusa Slawika chemika technologa, asystenta akademii politechnicznéj we Lwowie i p. Karola Trochanowskiego, asystenta przy katedrze chemii w Uniw. Jag. na członków komisyi balneologicznéj.

3) Kol. Trauczyński przedstawia torebki elastyczne zawierające po 0,05 kreozotu na łyżeczkę tranu, których użycie jest zalecane w suchotach płucnych. Kreozot ten otrzymuje się ze smoły drzewa bukowego i różni się znacznie pod względem fizycznym od kreozotu zwykłego w handlu sie znajdującego. Zapach jego zbliżonym jest do woni dziegciu. W dyskusyi kol. Ściborowski namienia, że od lat kilkunastu używa kreozotu zwykłego w ilości 1 do 2 kropli na 200 grm. tranu w celu poprawienia smaku tego leku.

4) Kol. Żebrowski odczytał sprawozdanie z prac autorów francuskich o użyciu kreozotu w suchotach płucnych (będzie umieszczone w Przeglądzie Lekarskim).

5) Kol. Pacuła okazał i objaśnił plany i widoki fotograficzne nowéj rzeźni w Krakowie. Projekt budowy nowéj rzeźni powstał w łonie komisyi sanitarnéj 1 lutego 1876 r.; 13 kwietnia 1876 wybraną została podkomisyja, w skład któréj wchodzili pp. Dr. Buszek, Lutostański, Pacuła weterynarz i Żołdani budowniczy. Podkomisyja wypracowała projekt a p. Żołdani podług rozmiarów podanych przez weterynarza miejskiego wypracował szkic do budowy tego zakładu, który 21 kwietnia 1876 przedłożony komisyi sanitarnéj a następnie Radzie miasta został przyjętym. Wykonał i przeprowadził go z wielorakiemi zmianami dyrektor budownictwa p. Moraczewski. Nowa rzeźnia zbudowana na lewym brzegu staréj Wisły przy ujściu tejże do nowéj, na wschodniéj stronie miasta, oddaną została do użytku publicznego 1 listopada rb. Zakład ten oddalony jest od rynku 1750 m. i zajmuje powierzchnię 14685 m. □, składa się zaś z pięciu głównych budynków, a mianowicie: z domu administracyjnego, z hali wielkiéj, służącéj li tylko do bicia grubego bydła, długiéj na 50 a szerokiéj na 14 m., z hali do bicia trzody i małego bydła, ze stajen na zdrowe i chore bydło, oraz z prosektoryjum i z budynku mieszczącego w sobie maszynę parową, zbiornik zawierający 45,000 litr. wody z przyszłą fabryką albuminu i topiarnią łoju. Zakład obficie opatrzony jest w wodę, w głównéj hali bowiem 18, w hali trzody 8, w komorach 2 rury zlewają, jak tylko okaże się potrzeba, asfaltową posadzkę i odprowadzają nieczystości do kanałów, które znowu dokładnie oczyszczane bywają przez spuszczanie wody z basenu, służącego do pławienia i pojenia bydła. Położenie zakładu z daleka od miasta chroni od zanieczyszczania powietrza oraz nie drażni tkliwych widokiem na rzeź idącego bydła. Również oględziny zyskały wiele, teraz odbywając się ściśléj, gdyż rozmiary budynku i obfitość światła dozwalają wszystko widzieć, aby uchronić mieszkańców od spożywania mięsa z chorych zwierząt, tak że od czasu otwarcia rzeźni mięso z dwóch chorych sztuk oddano do zniszczenia. Śmiało powiedzieć można, że zakład ten, wykonany przez dyrektora budownictwa p. Moraczewskiego, należy pod względem sanitarnym i wykonania do najbardziéj wzorowych w Europie, a prezydent i rada miasta zasługują na wszelkie uznanie za wystawienie gmachu, który nie tylko że jest ozdobą ale i pożytkiem dla miasta.

Dr. Skórkowski.

V. Nieco z dziejów lekarskich przedhistorycznych.

(Wyjątek z rękopisu obszerniejszego).

Napisał Prof. Dr. J. Oettinger.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

Zarzut jakiby przeciw temu przypuszczeniu uczynić można na zasadzie, iż barwa niebieska nie tylko znana, lecz i używana była w najodleglejszéj starożytności u Egipcyjan i Chińczyków, zbija G. uwagą, że te ludy wyprzedziły o wiele inne narody w rozwoju umysłowym, a zatém i cielesnym; tudzież, że nawet z wyraźnéj wzmianki o niebieszczyźnie, nie wynika jeszcze bynajmniéj, aby tę barwę zdolano już odróżnić dokładnie od czerni i tych wszystkich jéj odcieni, z których tamta zwolna i stopniowo się wyłaniała.

Hugo Magnus*) pochwycił pomysł Geigera i usiłował rozwinąć go naukowo a ująć w formę prawa fizyjologicznego. Twierdzi on, że poczucie barw rozwijało się stopniowo, że był niegdyś czas, w którym rozróżniano jedynie światło, nie zaś pojedyncze barwy. Siatkówka przez ciągłe na nią działanie światła nabywała zwolna coraz większéj tkliwości na jego mniéj lub więcéj silne odmiany i stopnie natężenia. Czas jakiego pojedyncze odcienie barw wymagały, aby na siatkówce wywarły swoiste wrażenie, ma się w stosunku odwrotnym do ich siły świetlnéj; barwy więc światlejsze (czerwona, żółta) potrzebowały krótszego, uboższe zaś w światło dłuższego czasu. Koléj więc rozwoju odpowiadała porządkowi barw widmowych poczynając od najjaśniejszych: czerwonéj i żółtéj, a przechodząc przez zieloną do niebieskiéj i fijołkowéj.

Ślady chorób i leczenia w czasach przedhistorycznych.

Szybki rozkład zwłok jest przyczyną, że z pośród zabytków przedhistorycznych bardzo mało tylko dochowało się szczątków ludzkiego ustroju, a z nich takie tylko, które jako najtwardsze i zbliżone składem swoim, przeważnie sole ziemne zawierającym, najwięcéj do ciał nieorganicznych, najdłużéj opierają się zniszczeniu, tj. kości. Dotrwały one jednak w ilości tak szczupléj, a do tego tak uszkodzone i zamienione najczęściéj w okruchy spruchniałe, iż się na nich zatarły główne ślady, wyryte właściwemi wpływami i kolejami, śród jakich przebiegało niegdyś życie istót, do których należały a zmarłych przed lat tysiącami.

Mimo tylu i takich niedostatków, ścieśniających już z góry pole przystępnych badaniu stosunków zdrowia do jednéj tkaniny ustrojowéj i do takich tylko jéj własności i przemian, których niweczący ząb niepamiętnych wieków przemódz jeszcze nie zdołał; mimo tak ograniczonych i tak kruchych skazówek odbiły się na tych prastarych kościach świadectwa niewątpliwe przebytych chorób i ich leczenia, potwierdzające naocznie wniosek wysnuty z góry z ułomności wrodzonéj ludzkiego ustroju, że cierpienia fizyczne i zabieganie im towarzyszyły człowiekowi, odkąd ród jego pojawił się na ziemi.

Ślady odkrytych zboczeń chorobowych odnoszą się już to do skutków obrażeń zewnętrznych, już to do zmian zrządzonych dobrowolnie a raczéj pośrednio przez nieprawidłową sprawę odżywiania.

a) Zranienia przedhistoryczne.

Przykłady zabliźnionych ran z czasów przedhistorycznych opisali i podali:

Thurnam w pracy o czaszkach brytańskich i gallickich w Pamiętniku towarzystwa antropologicznego londyńskiego z r. 1865 w tomie I str. 484 *(On british and gaulish skulls).* Skreśla w niéj między innemi własności czaszki neolitycznéj pochodzącéj z jaskini grobowéj Nogent les Vierges we Francyi, a należącéj do osoby płci męskiéj. W samym środku kości ciemieniowéj ma ona otwór obszerny, długi 88 milim. szeroki 60 mm. z brzegami skutkiem zabliźnienia łagodnie zaokrąglonemi. Na posiedzeniu towarzystwa antropologicznego paryskiego z dnia 5 marca 1874 *(Bulletin de la*

*) *Die geschichtliche Entwickelung des Farbensinnes, Leipzig 8vo 1877. Die Entwickelung des Farbensinnes Jena 1877. Sammlung physiologischer Abhandlungen herausgeg. von Preyer I Reihe 9 Heft.*

soc. d'Antrop. de Paris T. IX (II serie) Paris 1874 str. 202 do 205 tudzież str. 555) Hamy wspomina o czaszce, którą mu przesłał Leon de Cessae wykopaną z mogiły w Triel *(Depart. Seine et Oise)* a okazującą otwór 6 cm. długi a 35 mm. wysoki w lewéj kości czołowéj, od którego ciągnęła się jeszcze rysa zabliźniona.

Prunières, któremu nauka pod tym względem zawdzięcza najliczniejsze i najważniejsze odkrycia, na posiedzeniu towarzystwa antropologicznego paryskiego z dnia 16 marca 1876 (*Bullet.* etc. T. XI. II serie, 2 fascicule, Marsa Mai 1876, pag. 145 etc.) podał wiadomość o wykopaliskach z dolmenu (grobowiska) zwanego de l'Aumède (dep. Lozère) znalezionych w lipcu 1875, pomiędzy któremi przytacza kość goleniową prawą z utkwionym w niéj końcem strzały krzemiennéj; kręg grzbietowy (może 11ty) człowieka młodego, w którego treści wbity jest aż po trzon koniec kamiennéj strzały, która wtargnęła z lewego boku; złamanie bardzo ukośne kości goleniowéj prawéj, inne znowu kości promieniowéj prawéj zabliźnione, wreszcie nader ciekawe obu kości podudzia prawego ze zranieniem i wydaleniem kilku odszczepów.

b) Choroby skutkiem zboczeń odżywiania w czasie przedhistorycznym.

Broka na posiedzeniu towarzystwa antropologicznego paryskiego z dnia 2 lipca 1874 *(Bulletin de la soc. d'Anthr.* Tome IX (II serie) 1874, str. 553), pokazał czaszkę pochodzącą z jaskini de Baye (dep. Marne), która oprócz otworu sprawionego sztucznie za życia, dowodziła wydęciem kości ścieńczonych, że była niegdyś siedzibą wodogłowia.

Pomiędzy ciekawemi szczątkami, które wspomniany wyżéj Prunières odkrył w grobowisku Aumède (dep. Lozère), a o których podał wiadomość na posiedzeniu towarz. antrop. parysk. dn. 16 marca 1876. (*Bullet.* T. XI 1876 str. 155 i następn.) znajdują się następujące okazy kości chorobą zmienionych.

Kość szczękowa z wyżłobioną wklęsłością skutkiem ropnia w dołku zębowym kła lewego.

Czaszka z guzami kostnemi mającemi podobieństwo do obrzmień kiłowych. Z podobną zmianą chorobową kość goleniowa prawa. Kość goleniowa lewa zrosła ze skokową, a piszczelowa z goleniową.

Stężenie stawu nartowego skutkiem poprzedniego zapalenia przewłocznego i długiego ropienia połączonego z martwiną i próchnieniem kości.

c) Leczenie w czasach przedhistorycznych.

Nauka doczytała się na wykopanych szczątkach kostnych, pochodzących z zamierzchłéj epoki przedhistorycznéj, jużto pośrednich, jużto bezpośrednich znaków udzielanéj w owym okresie pomocy lekarskiéj. Na wspomnionêm wyżéj posiedzeniu towarzystwa antropologicznego paryskiego z dnia 16 marca 1876 Broka zastanawiając się nad okazami, które przesłał Prunières, zwrócił pod tym względem uwagę na dwa z nich, jako ciekawe z téj przyczyny, iż oprócz uszkodzeń ciężkich dowodzą także szczęśliwego wyleczenia tychże, i to śród warunków tak trudnych, iż one nie inaczéj tylko przy użyciu odpowiednich środków nastąpić mogło. Należy tu szczątek wzmiankowany wyżéj w ustępie *a)* na ostatku jako złamanie obu kości podudzia prawego ze zranieniem, ropieniem i wydaleniem kilku odszczepów. Owóż, powiada Broka (*Bulletin* Tom XI str. 155),„ powikłane te złamania podudzia są bardzo ciężkie: dają się trudno naprawić i goją się jedynie pod wpływem stósownego leczenia i odpowiedniego narządu utrzymującego odnogę nie tylko przez kilka tygodni, ale nawet miesięcy; a rzadko mimoto, by nie pociągały za sobą zniekształcenia. W tym razie zrośnienie nastąpiło prawie bez zniekształcenia i niema chirurga dzisiejszego, któryby w podobnym przypadku nie był zadowolony z tak pomyślnego skutku. Zdaje się więc bardzo podobnêm do prawdy, że na złamaną odnogę założył opatrzenie utrzymujące jakiś naprawca (*rebouteur*) przedhistoryczny. Pewna prócz tego, że zraniony musiał długo leżeć i być żywionym przez krewnych lub przyjaciół. Jest to skazówką rozwiniętych poniekąd uczuć ludzkości i wzajemnéj usłużności.“ Do podobnych wniosków naprowadza okaz przytoczony ostatni w ustępie poprzednim *b)*. Chodzi tu o stężenie stawu nartowego w skutek dawnego t. zw. guza białego (*tumor albus)* czyli przewłocznego zapalenia, o czém tenże sam badacz tak się wyraża: „Staw ropiał długo i obficie, koniec dolny goleni był siedzibą zgorzeli lub próchnienia, po którém widoczna jest blizna. Cierpienie to trwało koniecznie bardzo długo, chory nie mógł chodzić przez wiele miesięcy a dłużéj jeszcze nie był zdolny zarabiać na życie. Jakkolwiek bardzo ciężkie, obrzmienia ropne stawów wielkich mogą się wyleczyć bez pośrednictwa sztuki pod wpływem czasu i spoczynku. Być więc może, że chory nie otrzymał środków ściśle lekarskich, ale musiał przynajmniéj znaleść w swojêm pokoleniu lub w rodzinie osoby życzliwe, które przez wiele miesięcy dzieliły się z nim plonem swéj pracy.“

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu listopada 1878.

(od 1go do 30go listopada.)

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem październ.	przybyło w ciągu listopada	razem	z tych wyzdrowiało	z tych umarło	z tych pozostało na grudz.
Ospa	4	5367	—	40	40	9	6	25
Odra	24	29439	90	1346	1436	608	105	723
Płonica	47	50577	213	1297	1510	804	291	415
Błonica	120	170171	207	2138	2345	1064	1029	252
Dur brzusz.	16	17302	105	227	332	240	23	69
Dur osutkow.	2	1319	21	12	33	31	—	2
Krztusiec	53	52930	1105	1654	2759	1577	143	1039
Czerwonka	13	11381	138	159	297	218	18	61

Ospa w powiecie bocheńskim, gorlickim i tarnobrzeskim. **Odra** przeważnie w kamioneckim i rohatyńskim. **Płonica** przeważnie w rohatyńskim (8 gmin), w przemyskim i jarosławskim (po 5 gmin). **Błonica** przeważnie w borszczowskim (12 gmin), kołomyjskim i stanisławowskim (po 11 gmin), w kossowskim, kałuskim, bohorodczańskim, dolińskim i zaleszczyckim (po 7 gmin), podhajeckim i horodeńskim (po 6 gmin), w tłumackim (w 5 gm.). **Dur brzuszny** w dwunastu powiatach a szesnastu gminach. **Dur osutkowy** tylko w powiecie złoczowskim. **Krztusiec** przeważnie w czortkowskim (6 gmin), w jarosławskim (5 gm.). **Czerwonka** w jedenastu powiatach o trzynastu gminach.

Dr. Merunowicz.

* **Lwów**, d. 8 stycznia. Na wczorajszém posiedzeniu krajowéj Rady sanitarnéj: 1) Uczyniono wniosek, aby Dr. Cassina, obecnie lekarz powiatowy w Przemyślu, pozostał nadal członkiem Rady i wyrażono życzenie, aby mógł przybywać na posiedzenia kosztem funduszu Rady. 2) Roztrząsano wnioski względem obsadzenia opróżnionéj posady lekarza powiatowego

w Jaśle. 3) W skutek zapytania dyrekcyi skarbu Rada uznała za potrzebne urządzenie aptek podręcznych i t. zw. skrzynek ratunkowych dla lekarzy salinarnych, aby ci mieli pod ręką wszystko, czego potrzeba w przypadkach nagłéj choroby, jeżeli są wzywani do robotników zajętych w warzelniach soli. 4) Roztrząsano projekt do rozporządzenia, odnosić się mającego do używania papierów kolorowych przy obwijaniu wiktuałów, opracowany na podstawie rozporządzeń Ministerstwa spraw wewn. i handlu, poprzednio już wydanego. 5) Oświadczono się przeciw otwarciu apteki w Radłowie.

* **Kraków**. Na posiedzeniu komisyi sanitarnéj miejskiéj w d. 9 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera odbytéj: 1) Referendarz magistratu doniósł, że w skutek domagania się komisyi, dyrekcyja policyi poleciła, aby odtąd 2 dorożki przez całą noc w mieście stały do dyspozycyi publiczności, zwłaszcza lekarzy, a mianowicie: aby jedna z nich miała stanowisko swoje w Rynku przed hotelem Drezdeńskim, druga zaś na Stradomiu przed domem pod l. 13, 2) sekretarz komisyi Dr. Buszek donosi, że według ukończonego właśnie obliczenia, śmiertelność w Krakowie wynosiła w r. 1878 37·8, w r. 1877 zaś 40·3 na 1000. 3) Tenże zdaje następnie sprawę z kilku przypadków duru brzusznego, które pojawiły się w domu pod l. 113 przy ul. Grodzkiéj, a z których jeden zakończył się śmiercią. Pierwsze doniesienie otrzymał urząd lekarski d. 22, drugie zaś d. 30 grudnia r. z., poczém lekarz okręgowy udał się na miejsce celem zbadania wody studziennéj; gdy nadto późniéj nadeszło doniesienie prof. Korczyńskiego o dalszych przypadkach, delegowaną została w d. 8 bm. komisyja, która poleciła uskutecznić desinfekcyję. Po dyskusyi, w któréj wszyscy prawie członkowie wzięli udział, komisyja na wniosek członków Blumenstoka i Lutostańskiego uchwala: *a*) prosić prof Stopczańskiego o zbadanie wody studziennéj, (co tenże przyrzeka uskutecznić w ciągu dnia jutrzejszego), a w razie, gdyby woda okazała się zanieczyszczoną, magistrat zamknie studnię natychmiast; *b*) uskutecznić w ciagu dnia jutrzejszego ścisłą desinfekcyję całego domu według wskazówek berlińskiego towarzystwa chemicznego w obecności lekarza i komisarza dzielniczego 4) Referendarz magistratu prosi o ułożenie instrukcyi dla oprawcy miejskiego. Komisyja deleguje do téj czynności członków Janikowskiego i Paculę. 5) Fizyk miasta Dr. Mohr zwraca uwagę na dżumę, która wybuchła w Rosyi południowéj i radzi zastanowić się nad środkami zaradczemi. Po przemówieniu członków Blumenstoka i Lutostanskiego sprawę tę, jako do zakresu państwowego należącą, odroczono. 6) Czł. Blumenstok interpeluje: *a*) Czy wiadomo urzędowi lek., że w Bochni panuje od kilku tygodni ospa, że takowa wzdłuż drogi żelaznéj już dostała się do Kłaja. Po ożywionéj dyskusyi uchwalono, aby drogą telegraficzną zasięgać wiadomości w Namiestnictwie, czy ospa nie ustała jeszcze w Bocheńskiém, a w razie otrzymania odpowiedzi przeczącéj przystąpić natychmiast do sprawdzenia liczby dzieci jeszcze nie szczepionych, przygotować krowiankę i zawiadomić publiczność o grożącém niebezpieczeństwie. *b*) Czy wiadomo magistratowi, że pomimo uchwały komisyi starozakonni tutejsi dotychczas eksportują zwłoki na drabinie, przykryte zaledwie suknem? Referendarz mag. odpowiada, że magistrat wydał zakaz a dopilnuje, aby nadużycie to ustalo. *c*) Wreszcie zapytuje się, dlaczego w myśl regulaminu komisyja sanitarna nie została odnowioną z rozpoczęciem nowego roku. Uchwalono przypomnieć czynność tę sekcyi Vtéj.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 50 (od 8 — 14 grudnia włącznie) umarło w Krakowie osób 24; męż. 9 i kob. 15; w obwodach osób 18, w szpitalach 6; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 20,5; we Lwowie 32,6; w Warszawie 23,6; w Poznaniu 16.2; w Wiedniu 29,2; w Budapeszcie 35,2; w Pradze 40.2; w Tryjeście 30,2; w Berlinie 24.5; w Wrocławiu 29,8; w Monachijum 32,3; w Dreźnie 20,5; w Lipsku 22,6; w Brukseli 26.7; w Paryżu 23,7; w Londynie 24,8; w Chrystyjanii 24,8; w Petersburgu 41,8; w Odesie 30,2. W tymże czasie nie umarła w Krakowie ani jedna osoba z chorób zakaźnych.

W tygodniu 51 (od 15 — 21 grudnia włącznie) umarło w Krakowie osób 35; męż. 13 i kob. 22; w obwodach 20 osób a w szpitalach 15; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 32,1; we Lwowie 33,1; w Warszawie 28,0; w Wiedniu 27,8; w Budapeszcie 37,6; w Pradze 33,8; w Tryjeście 37,0; w Brukseli 21,6; w Paryżu 26,3; w Londynie 31,1; w Kopenhadze 24,6; w Chrystyjanii 16,0; w Petersburgu 41,1; w Odesie 34,2; w Bukareszcie 34,8; w Berlinie 25,9; w Wrocławiu 26,9; w Monachijum 33,7; w Dreźnie 26,2. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 4, z dławca 2, z duru brzusznego 1, z duru osutkowego 1.

W tygodniu 52 (od 22 — 28 grudnia włącznie) umarło w Krakowie osób 31; 16 męż. i 15 kob.; 20 osób w obwodach i 11 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 28.8; w Warszawie 23,0; w Poznaniu 34,4; w Wiedniu 27,3; w Budapeszcie 34,2; w Pradze 31,8; w Tryjeście 35,8; w Bazylei 28,3; w Brukseli 24,5; w Paryżu 24,6; w Londynie 27,7; w Chrystyjanii 16,0; w Petersburgu 45,7; w Odesie 45,4; w Bukareszcie 41,6; w Berlinie 25,9; w Wrocławiu 32,3; w Dreznie 24,2; w Lipsku 21,5. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 2: 1 z duru brzusznego, 1 z kiły wrodzonéj.

W r. 1878 umarło w Krakowie o 114 osób mniéj, aniżeli w r. 1877, czyli w r. 1878 umarło na 1000 mieszkańców 37,8, a w r. 1877 40,3.

VII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków**, d. 9 Stycznia. N. Pan mianował prezesa Akademii Umiejętn. prof. Dra Józefa Majera prezesem tejże Akademii na dalsze trzechlecie.

* Dziekan Wydziału lek. Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy klinice chorób wewnętrznych do dnia 15 bm.

* Z d. 1 bm. i r. oddział dla chorób wewn. w tutejszym szpitalu św. Lazarza, dotychczas pod kierunkiem docenta Pareńskiego pozostający, rozpadł się na dwa oddziały, z których jeden nadal pozostawać będzie pod jego kierunkiem, drugi zaś powierzony został nowo mianowanemu prymaryjuszowi Drowi St. Paszkowskiemu Każdy z dwóch oddziałów, obejmujących zarówno mężczyzn jak kobiety, liczy około 70 łóżek.

* **Lwów**. Tow. lekarzy galicyjskich większością głosów przyjęło wniosek dawania rok rocznie, a w każdym razie tego roku balu na korzyść wdów i sierót pozostałych po lekarzach, a względnie dla powiększenia kapitału żelaznego. Bióro Towarzystwa wzięło także pod rozwagę liczne inne projekty do tego samego celu zmierzające, pomiędzy którémi projekt urządzenia odczytów popularnych najwięcéj podobno ma zwolenników. Myśli téj i mybyśmy przyklasnęli, szkoda tylko, że u nas przynajmniéj wykłady popularne nieco się już zużyły. Wszystko jednak należy od energii urządzających i doboru przedmiotu ze strony wykładających. W każdym razie z całego serca szlachetnemu przedsięwzięciu życzymy najlepszego powodzenia.

* **Nekrologija**. Temi dniami umarł w Rawie Dr. Józef Orkisz. Urodzony we Lwowie 1796 r. ukończył tamże nauki gimnazyjalne i filozoficzne, w r. 1816 uzyskał stopień magistra chirurgii, w r. 1820 przeniósł się do Warszawy, gdzie w roku następnym otrzmał posadę prosektora, a w r. 1823 stopień magistra medycyny i chirurgii; kształcił się następnie w Niemczech, a w r. 1826 wstąpił do wojska polskiego, w którém w 2 lata późniéj zamianowany został lekarzem sztabowym 6go pułku piechoty. W r. 1833 opuścił służbę i osiadł w Rawie. W r. 1842 otrzymał stopień Dra medycyny. Jako członek Tow. lek. warsz. ogłaszał kilka prac w Pamiętniku, nadto ogłosił drukiem: „Poradnik lekarski“ (1833—35 w 2 tomach), „o dławcu“ (Warszawa 1842), „o wodach mineralnych w Salzbrunie i Szczawnicy“ i „o kuracyi za pomocą żętycy“ (1862). *(Kur. Warsz).*

W grudniu r. z. umarł Jerzy Henryk Lewes, znakomity autor dzieła: *„Physiologie of common life.“* Urodzony 28 kwietnia 1817 r. w Londynie, zrazu oddawał się kupiectwu, późniéj fizyjologii i filozofii, napisał biografiję Robespierra i Goethego, historyję filozofii, o Arystotelesie, liczne romanse i dramata itd.— Znakomity dermatolog francuski Bazin, lekarz w szpitalu św. Ludwika, umarł w Paryżu d. 14 grudnia r. z. licząc lat 71. Urodził się d, 20 lutego 1807 w Saint-Brice, gdzie ojciec jego

był a brat dotąd jeszcze jest lekarzem. Liczne jego prace i znaczenie ich dla dermatologii są powszechnie znane.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Wład. Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 1 Lutostańskiego: Badanie wody do picia w celach higijenicznych (c. d.); Janikowskiego: Zapalenie płuc urazowe czy z innéj przyczyny powstałe?

Redakcyja otrzymała: Dra A. JURASZA (docenta w Heidelbergu): Beiträge zur Diagnostik der phonischen Kehlkopflähmungen. (Osobne odbicie z Nr. 52 *Deutsch. med. Woch.* z r. 1878) in 8vo str. 6.

Wład. LEPPERTA: Prof. Marceli Nencki. Życiorys (z ryciną). Wędrowca Nr. 102, 103 i 104 z r. 1878.

Piśmiennictwo lekarskie. COINGT. Contribution à l'étude des symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux central. 8 Paris Delahaye. Fr. 4

CORNIL V. et L. RANVIER. Manuel d'histologie pathologique 2 partie: Lésions des tissus et des systèmes. Av. 80 fig. 18 Paris. Germer Baillière Fr. 4½.

CORNING jr. J. L. Zwei Arbeiten aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Würzburg. Mit 2 lith. Taf. gr. 8 Wiesbaden. Bergmann. M. 1. 20.

DEMME R. 15 medicinischer Bericht üb. die Thätigkeit d. Jenner'schen Kinderspitales in Bern in Laufe d. J. 1877. 8 Bern. Dalp. M. 80.

DULAC. P. Étude sur la syphilis contractée à un âge avancé. In-8 Paris, Delahaye. Fr. 2½.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we **Środę** d. 15 stycznia br. o godz. 5téj popołudniu posiedzenie zwykłe, na którém 1) kol. Browicz okaże i opisze potwór bliźniaczy, o którym była wiadomość podana w Nr. 46 Przegl. Lek. w r. z. 2) Kol. prof. Rydel poda wypadek swoich doświadczeń nad leczeniem myopii pozornéj.

Do Numeru niniejszego dołącza się Prospekt na „Zdrowie“ i „Pamiętnik Tow. Lek. warszawskiego.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

W odpowiedzi na zapytania Administracyja Przeglądu Lekarskiego donosi, iż równie jak Administracyje pism lekarskich wiedeńskich chętnie podejmuje się dla prenumeratorów zakupna książek i narzędzi lekarskich oraz wysełki takowych, a starać się będzie jak najrychléj wszelkim życzeniom zadość czynić.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Igu Stelcla.